

Forholdet mellom eldreomsorg og menneskerettigheter

- en litteratur-gjennomgang

Ved Calista Ophilia Croos

Innhold

1	Innledning	3
2	Relevante Stortingsmeldinger	4
3	Forskning om tvang og overgrep i forhold til eldre	10
3.1	Definisjon av overgrep	10
3.2	Hva er årsakene til at eldre blir utsatt for overgrep?	12
3.3	Hva kan vi gjøre og hvem kan gjøre hva?	15
4	Konklusjon	20
5	Litteraturliste	22

1. Innledning:

Brytes menneskerettighetene i eldreomsorgen? Hva er eventuelt årsakene? Og hva bør gjøres for å bedre på denne situasjonen? Hva er det som er karakteristisk for de som blir utsatt for ulike former for overgrep; og hvem er overgriperne? Disse spørsmålene ble i september 2000 diskutert på en konferanse om eldreomsorg og menneskerettigheter (Eldreomsorg i Norge – respekteres menneskerettighetene?), arrangert av Senter for medisinsk etikk, UIO, i samarbeid med Institutt for menneskerettigheter, UIO, og Rådet for legeetikk og Menneskerettighetsutvalget i Den norske lægeforening.

Denne oppgaven ble gjennomført i forbindelse med gjennomføringen av denne konferansen. Hensikten med oppgaven er å belyse forholdet mellom eldreomsorg og menneskerettigheter i Norge gjennom å se nærmere på hva som finnes av forskning og litteratur i Norge på dette området.

I Norge finnes det kun en håndfull forskere som har arbeidet med overgrep blant eldre. Alle synes å være enige om at det trengs mer forskning på dette området (Aschjem, Ø (1991), Evensen, Å R (1984), Hydle, I & Johns, S (1992), Juklestad, S & Johns, S (1997), Malmedal, W (1999), Pettersen, T-R (1986)). Videre har det de siste årene kommet flere Stortingsmeldinger hvor forholdet mellom eldreomsorg og menneskerettigheter behandles. Dessuten finnes det et eget kompetansesenter for voldsofferarbeid ved Høyskolen i Oslo. Man antar at det er ca. 4 % av de eldre som utsettes for overgrep her i landet (Norsk Pensjonistforbund, 1999), men vi har ingen sikre tall på dette. I det hele tatt vet vi i dag svært lite om hvor mange eldre som utsettes for overgrep her i landet. Behovet for mer forskning er derfor åpenbart, og Norge ligger

langt tilbake i forhold til USA og til dels England, hvor man i flere tiår allerede har forsket på dette vanskelige temaet. I USA har man i tillegg opprettet såkalte "Adult Protective Services" og "Aging Agencies". Førstnevnte er et offentlig og statlig finansiert non-profit-basert organ som agerer på mistanke eller rapport om overgrep, mens "Aging Agencies" handler på vegne av mentalt svekkede personer innenfor gitte rammer. I tillegg har man i USA en rekke lover og retningslinjer på dette området.

2. Relevante Stortingsmeldinger:

Stortingsmelding nr.50 (1996-1997) "Handlingsplan for eldreomsorgen": Denne stortingsmeldingen vier mest oppmerksomhet til rammene rundt eldreomsorgen; antall sykehjemsplasser, hjelpemidler, bemanning osv. Selve kvaliteten på omsorgen blir omtalt på mindre enn en side. Herunder blir det slått fast at det er mangel på forskriftshjemmel, og at det kun finnes retningslinjer til sosialtjenesteloven. Det sies videre at regjeringen i løpet av 1998 skal fremme forslag om endringer i sosialtjenesteloven for å skaffe forskriftshjemmel: *'Formålet med forskriften og retningslinjene er å bidra til å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets egenverd og livsførsel. Forskriften understreker kommunens ansvar for å etablere et system av prosedyrer som søker å sikre at det bl.a. gis et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud, og at tjenesteapparatet og tjenesteyterne kontinuerlig tilstreber at den enkelte bruker får de tjenester vedkommende har behov for til rett tid. Kommunene pålegges i tillegg å etablere prosedyrer som skal søke å sikre at brukerne av pleie- og omsorgstjeneste og eventuelt pårørende tas med på*

råd ved utforming eller endring av tjenestetilbudet.” (s.28) Det presiseres videre at tjenestene skal organiseres med utgangspunkt i brukernes individuelle behov, og at eldre må få informasjon om de tilbudene som eksisterer, slik at de kan benytte seg av dem. De understreker også at *"en sterkere presisering av enkeltvedtak kan bidra til å bedre kvaliteten for den enkelte bruker"* (s.29). I tillegg nevnes det at kvalifikasjoner, holdninger og atferden til personalet er avgjørende for brukerens opplevelse av kvalitet på tjenestene, og at en aktiv ledelse er viktig for å motivere personalet og dessuten viktig for holdningsskapende arbeid. Handlingsplanen påpeker videre at vi har behov for mer forskning, men at rekrutteringen av forskere til geriatri har vært begrenset og at fagets status har vært lav. Videre foreslås det at det skal etableres et nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens, som skal videreføre departementets utviklingsprogram om aldersdemens. Senteret ble opprettet i 1997.

Stortingsmelding nr. 21 (1999-2000) : "Menneskeverd i sentrum. Handlingsplan for menneskerettigheter", handler som tittelen antyder om menneskerettighetene. Det er forøvrig verdt å merke seg at meldingen sorterer under Det kongelige norske utenriksdepartement. I handlingsplanen som omfatter 160 sider, er 50 sider viet menneskerettigheter i Norge, men bare en kvart side er viet de eldre. Til sammenlikning er kvinner viet to sider, barn fem sider, funksjonshemmede to sider og homofile og lesbiske en side. Det som konkret foreslås av tiltak for eldre i denne sammenheng er opprettelse av eldreombud og omsorgsombud, som i første omgang skal være en prøveordning. Ombudets oppgaver skal være å: *"bistå personer med behov for hjelp fra helse- og sosialtjenestene og /eller deres pårørende i klagesaker som angår denne*

sektoren, undersøke forholdene de finner utilfredsstillende, og hjelpe til med å utforme klagesaker som deretter sendes rette klageinstans. De kan på eget initiativ ta opp enkeltsaker til behandling og skal opplyse om forhold som kan svekke enkeltpersoners sak i kommunen. Ombudet kan også drive oppsøkende virksomhet.”(s.28)

Stortingsmelding nr 28 (1999-2000) "Innhald og kvalitet i omsorgstenestene" setter

søkelys på innholdet og kvaliteten i omsorgstjenesten. Dette er en generell handlingsplan som rettes mot alle typer omsorg, men den vier mye plass til demens, herunder aldersdemens. Stortingsmeldingen understreker at: *"Alle har krav på vern om og respekt for sin integritet uavhengig av etnisk bakgrunn, hudfarge, kjønn, språk, religion, politisk syn eller andre meiningar, nasjonalt eller sosialt opphav, eigedom, funksjonsevne eller andre tilhøve"*(s. 13). Handlingsplanen nevner derimot ikke alder i denne sammenheng.

Tallmessig regner man i denne melding med at det er mellom 55 og 60 000 aldersdemente i Norge i dag. Siden demens øker med alderen, antas det videre at dette tallet vil øke med økende antall personer over 80 år. Det understrekes derfor at vi står overfor store utfordringer, knyttet både til det medisinske diagnostiserings- og behandlingstilbudet, oppbygging av et godt fungerende hjelpeapparat ute i kommunene, og i forhold til rettssikkerheten for denne gruppen. Også i denne melding uttrykkes det et klart behov for videre forsknings- og utviklingsarbeid i forhold til mennesker med demens. Videre påpekes det at det ofte forekommer underdiagnostisering av demenstilstander og mye feildiagnostikk, og at det kommunale tjenestetilbudet er lite tilpasset aldersdemente. Det foreslås derfor å styrke kompetansen til de som arbeider med aldersdemente, slik at oppfølgingen av de eldre kan bedres. Pårørende fremheves som en

viktig ressurs i denne sammenheng og at deres behov for å få informasjon om demens er stort. Handlingsplanen viser til at Norges forskningsråd arbeider med å utarbeide en kunnskapsstatus om aldersforskning. Selv om det i denne melding vies mye plass til å diskutere rettssikkerheten til aldersdemente, er det mange generelle vendinger som brukes. Tvangsaspektet berøres, og det vedgås at det *"truleg ikkje vil vere mogleg å ivareta omsorga for mennesker med demens heilt utan bruk av tvang eller andre tiltak som avgrensar rettane deira"* (s. 55). Det påpekes at det er kommunens ansvar å legge til rette for minst mulig bruk av tvang. Og det foreslås at fire juridiske virkemidler tas i bruk for å sette grenser for bruk av tvang og andre tiltak som avgrensar dementes rettigheter:

1. *"Presisere og rettleie om dagens reglar utan å foreslå endringar."*
2. *"Foreslå reglar om skadeavverjingar i naudsituasjonar som er klarare og betre tilpassa omsorgstenestene og som byggjer på prinsippa i nudreglane i straffelova."*
3. *"I tillegg foreslå reglar som heimlar bruk av tvang ved å lovfeste den etiske plikta til å dra forsvarleg omsorg for personar som ikkje klarer dette sjølv, mellom anna for å dekkje grunnleggjande behov og hindre at den demente utset seg sjølv for fare, under dette bruk av alarmar og andre tekniske løysningar. Det kan også ver aktuelt å byggje ut regelverket med utvida representasjonsreglar for tenesteapparatet og pårørande der den demente manglar komptanse til å samtykke."*
4. *"Ei meir vidrekkande løysing er i tillegg å foreslå uttrykkeleg regulering av innleggjing i sjukeheim, tilbakehalding/låsing og bruk av mekaniske tvangsmiddel når den demente manglar kompetanse til samtykke og motset seg tiltaket."* (s.56)

Med bakgrunn i den foreløpige rapporten fra kartlegging av bruk av tvang og andre rettsavgrensende tiltak, konkluderes det med at det er behov for lovendringer. Nærmere

forslag til lovendringer foreslås imidlertid utsatt til kartleggingen av tvangstiltak er avsluttet.

Stortingsmelding nr 26 (1999-2000) : "Om verdier for den norske helsetjeneste": I denne St. melding behandles to temaer av relevans for eldreomsorgen. For det første tas det til orde for en styrking av palliativ medisin både i sykehusene og i sykehjemmene, gjennom å øke kompetansen til helsepersonell og gjennom å innføre palliativ medisin som egen spesialitet. Det andre temaet som tas opp er alderperspektivet i forhold til sykehus og legetjenester. Det påpekes at det geriatrikiske tjenestetilbudet fremdeles er for lavt prioritert, til tross for øket innsats for å forbedre det. Videre pekes det på problemet med under- eller feildiagnostisering, og at det her ligger et betydelig forbedringspotensiale. Fastlegeordningen fremheves som en faktor som kan bedre situasjonen noe for eldre som bor hjemme. Videre pekes det på behovet for å avklare samarbeidet og ansvarsforholdet mellom kommunehelsetjenesten og fylkeshelsetjenesten i forhold til tiltak som rettes mot eldre.

Stortingsmelding nr 34 (1999-2000): "Handlingsplanen for eldreomsorgen etter 2 år":

Denne melding er en oppfølging av stortingsmelding nr 50 (1996-1997): "Handlingsplan for eldreomsorgen". Av relevans i denne sammenheng er diskusjonen om behovet for en harmonisering av regelverket for kommunenes pleie- og omsorgstjenester, ettersom det er to forskjellige lover som regulerer dels samme eller parallelle problemstillinger.

"Kommunenes ansvar for pleie- og omsorgstjenester (...) er dels regulert i sosialtjenesteloven og dels i kommunehelsetjenesteloven. Kommunehelsetjenesteloven regulerer kommunens ansvar for helsetjenester, blant annet sykepleie, herunder

hjemmesykepleie, og sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie.

Sosialtjenesteloven regulerer sosiale tjenester som praktisk bistand og opplæring, avlastningstiltak, støttekontakt, plass i institusjoner eller bolig med heldøgns tjenester og omsorgslønn." (s. 47). Denne uoversiktligheten fører til ulik behandling av eldre avhengig av hvilken lov man bruker og det foreslås derfor at disse to lovene bør koordineres. Departementet lover å komme med utredninger på dette området etter utarbeidelse av forskrifter til de nye helselovene.

3. Forskning om tvang og overgrep i forhold til eldre.

De temaer som i første rekke har vært gjenstand for forskning er begrepsklargjøring (definisjon av fenomenet overgrep), mulige årsaker til tvang og overgrep blant eldre samt forskning for å avklare hva som kan gjøres for å hindre overgrep.

3.1 Definisjon av overgrep

De aller fleste forskere synes å være enig i hva som ligger i uttrykket overgrep mot eldre. I boken "Vern for eldre", skrevet av Juklestad, O. N. og Johns, S. (1997), finner vi en informativ oversikt over ulike typer overgrep.

Fysiske overgrep:

Det handler om vold, selv om det bare skjedde én gang eller to, lever ofrene i konstant frykt for at det skal gjenta seg. Juklestad og Johns påpeker at det kan være svært vanskelig å finne ut av fysiske overgrep knyttet til omsorgsarbeidet, som for eksempel det å skille mellom hardhendthet og slag.

Psykiske overgrep:

Det er først og fremst trakassering som legges i uttrykket psykisk overgrep. På samme måte som fysiske overgrep kan én enkel episode være nok til å ramme ofre psykisk. En vanlig følgetilstand er utvikling av angst og frykt.

Økonomiske og materielle overgrep

Det kan omfatte alt fra utpressing, tyveri av penger og verdisaker til mer skremmende former for overgrep som å sparke inn dører eller knuse møbler. Uansett kan slike overgrep få store økonomiske konsekvenser, i tillegg til at de genererer angst og frykt.

Seksuelle overgrep

I følge en amerikansk undersøkelse (Ramsey-Klawnsink, 1993) som Juklestad og Johns refererer til er det oftest de mest hjelpetrengende som utsettes for seksuelle overgrep. Det er også en tendens at seksualforbrytere oppsøker arbeidsplasser hvor de kan finne ofre. Samfunnets syn på eldre og seksualitet er i følge forfatterne en medvirkende årsak til at det er vanskelig å oppdage seksuelle overgrep mot eldre. Det viser seg også at de eldre som utsettes for denne type overgrep ofte lever isolert.

Neglisjering

En annen type overgrep som Wenche Malmedal tar for seg i sin bok ”Sykehjemmets skyggesider” (1999), er neglisjering. Dette viser seg å være et stort og vanskelig problem i institusjonene.

Til informasjon kan det nevnes at Høgskolen i Oslo har utgitt en kort og informativ brosjyre om overgrep og eldre med fokus på hva som defineres som overgrep og hvor de kan henvende seg for å få hjelp. (Juklestad, (1999): ”Overgrep mot eldre. Hva kan jeg gjøre? - Hvem kan jeg kontakte?”)

3.2 Hva er årsakene til at eldre blir utsatt for overgrep?

Forskere synes å være noe uenige om hva som er årsaken til overgrep blant eldre. Dette kan ha sammenheng med at det finnes for få studier til å trekke klare konklusjoner.

Årsaksfaktorer som ofte trekkes frem er:

1. Familiekonflikter: dette synes å representere den vanligste årsak til overgrep i hjemmet, og henger ofte sammen med psykiske problemer, alkohol og narkotika. (Helse nytt for alle, 1/2000).
2. De tidlige studiene om overgrep peker ofte på omsorgsbyrden knyttet til sykdom hos de eldre som en årsak til at overgrep finner sted. Pillemer, A. K. tilbakeviser derimot denne oppfatningen (1986). Ut fra sin studie: "The evaluation of three Model Projects on Elders Abuse", i Massachusetts, New York og Rhode Island hevder han at det heller er en tendens til at overgriperen er avhengig av offeret, spesielt økonomisk. Dette funnet støttes også av flere andre forskere (bl.a. av Aschjem, 1991). Det finnes imidlertid lite forskning på hvorfor en som er avhengig av en eldre slektning foregriper seg på vedkommende (Pillemer, 1986). Økonomi samt mentale og emosjonelle problemer synes å være noen av årsakene. Dessuten pekes det på at en følelse av maktesløshet kan gjøre at en lett tyr til vold.
3. Individuell psykopatologi har også betydning for om person blir overgriper eller ikke (Pillemer, 1986). Pillemer peker på at de fleste som yter omsorg vil oppleve stress i større eller mindre grad, men ikke alle begår overgrep. Dette er spesielt for overgrep

mot eldre, fordi fysisk avstraffelse mot barn og ektefeller er mer akseptert enn mot eldre i USA.

4. Alkohol og narkotika er sammen med individuell psykopatologi antatt å være viktige årsaker til fysiske, økonomiske og materielle overgrep (Aschjem, 1991).

5. Generasjonskonflikter er i følge en del forskere en av årsakene til vold (bl.a. Aschjem, 1991). Vold er i følge sosial læringsteori en lært atferd (Pillemer, 1986). Eldre kvinner som blir utsatt for overgrep fra sine voksne sønner har ved en god del tilfeller vært utsatt for vold fra sine ektemenn og sønnen har ofte selv vært et offer for farens overgrep. Det ser vi mange eksempler på i Øivind Aschjems bok "Lang, lang rekke..." (1991). Pillemer kaller dette for "cycle of violence" (1986). Han påpeker at det finnes forskjellige former for overføring av voldelig atferd. *"Rather than becoming an abuser because one was abused by someone else, the cycle becomes more direct: the formerly abused child strikes out at his or her own abuser"* (s.243). Pillemer fant ikke i sin studie holdepunkter for å si at fysisk avstraffelse i barndommen førte til at de tydde til vold. Han mener at det bør foretas flere studier på dette området før man kan trekke noen endelige konklusjoner.

6. Ekteskapelige konflikter: I følge Juklestad øker sjalusi snarere enn å avta med alderen (Helsenytt for alle, 1/2000). Hun med mange andre mener at man har lett for å se bort fra at også eldre har ekteskapelige konflikter, og at dette i sin tur kan forårsake vold.

7. Eldre lever ofte i sosial isolasjon og mangler et aktivt sosialt nettverk (Juklestad & Johns, 1997). I motsetning til barn for eksempel, har eldre få aktivitetstilbud. Dermed blir de lett ofre for neglisjering.
8. Holdninger: Før industrialiseringens teknologiske nyvinninger gjorde sitt inntog var samfunnet avhengig av de eldres erfaringer og kunnskap, men etter industrialiseringen har man mindre bruk for de eldre (Jeffery, M. 1998). Det pekes også på at pleiepersonalets holdninger til og motivasjon for sitt arbeid kan være av betydning (Malmedal, 1999). For eksempel kan det spille en rolle om de jobber der fordi de er genuint opptatt av å hjelpe eldre eller om de jobber der fordi de trenger en inntekt.
9. Mangel på interesse fra myndighetene (i form av manglende bevilgninger og tilsynsordninger), spesielt ved institusjonene kan være en av årsakene til overgrep (Malmedal (1999) og Pettersen (1986)). Det finnes en god del tilsynsordninger, men det varierer fra kommune til kommune hvor mye tilsyn det føres og hva slag tilsyn som utføres. I Stortingsmelding nr 28 (1999-2000): "Innhald og kvalitet i omsorgstenestene" pekes det på at dette er en oppgave for kommunene, fordi det er de som er nærmest de hjelpetrengende. Videre hevdes det at det er kommunene som best kan hjelpe de eldre på et individuelt plan. Fylkene og kommunene på sin side mener at de med så mange pålegg og manglende bevilgninger fra Stortinget ikke kan gjennomføre tilsynsordningene på en god måte.

10. Standardisering av tjenester fører til lite fleksibilitet og formaliserte kvalitetskrav (Malmedal 1999). Dette fører til neglisjering av individuelle behov hver enkelt beboer har. Som et eksempel på denne type neglisjering kan nevnes at på en del sykehjem har man bestemte dager i uken hvor beboerne får dusje/bade. Hvis beboerne av en eller annen grunn ikke dusjer eller bader denne dagen, må de vente til neste gang det er ”dusje-dag”.
11. Sykehjemmene er hierarkisk organisert, hvor beboere får liten innflytelse og hvor tendensen til umyndiggjøring er betydelig (Malmedal, 1999). Dette gjelder spesielt eldre med demens og andre mentale sykdommer.

3.3 Hva kan vi gjøre og hvem kan gjøre hva?

I litteraturen pekes det på følgende forbedringstiltak:

1. Hente erfaringer fra andre fagfelt (Juklestad & Johns, 1997), spesielt fra arbeidet med overgrep mot barn og kvinner. I sin bok ”Vern for eldre” peker Juklestad og Johns både på fordelene og ulempene ved en slik sammenlikning. Fordelene er at overgrep mot barn og kvinnemishandling har vært forsket på og debattert lenge, og at det således finnes et betydelig erfaringsgrunnlag fra disse prosjektene. Dessuten handler også denne forskningen om vold i familiesammenheng. Ulempene *”med å sammenlikne med barnevernet er at det gir en presedens for umyndiggjøring og formynderi. I verste fall er dette ikke bare uetisk, men det kan øke hjelpeløsheten”*

(Juklestad & Johns, 1997:18) Juklestad og Johns foreslår derfor at det vil være langt mer hensiktsmessig å sammenlikne med overgrep mot ektefelle eller kvinnemishandling, ettersom det her er snakk om "*vanligvis selvstendige voksne med mye større økonomisk, sosial og psykologisk uavhengighet enn barn har*" (s.19). I tillegg foreslår de opprettelse av selvhjelpsgrupper og krisesentre for eldre.

2. Flere forskere mener at helsevesenet bør desentraliseres og at det bør være mindre byråkrati (Pettersen 1986, Hydle & Johns 1992). Pettersen, R-T. peker på at beslutningstakerne ofte ikke kjenner til de faktiske forholdene ved for eksempel en institusjon (1986). Beboere og personalet bør derfor få medbestemmelsesrett.
3. Blant pleiepersonalet er det en utbredt oppfatning at bemanningen i institusjonene bør økes. Det vil gi pleierne mer tid til hvert enkelt beboer. Malmedal (1999) reiser spørsmål om det å få flere årsverk og mer penger gjør at de eldre vil få bedre omsorg. Hun peker på at ryddighet og renhet ser ut til å være viktigere enn sosialt samvær med de eldre.
4. Tiltak for å bedre pleiepersonalets kunnskap om aldring og de naturlige prosessene som finner sted ved aldring. Ved å bli flinkere til å gjenkjenne de faktiske endringer og de sykdommer som manifesterer seg hos et eldre menneske, vil det bli enklere å oppdage for eksempel overgrep (Bennett & Kingston (1993), Hydle & Johns (1992)). Spesielt primærlegene er viktig; det er de som har hyppigst kontakt med de eldre. Helsepersonell må også bli flinkere til å oppdage tegn på overgrep. Dessuten er det

viktig å øke kunnskapen om overgrep blant helsepersonell, slik at de blir bevisste på sine handlinger og hvilke rettigheter eldre har. Både Malmedal (1999) og Homer, A. (1992) viser til at bare det å snakke om overgrep setter problemet på dagsorden. En annen type kunnskap som er minst like viktig, om ikke mer, er kunnskap om enkelt-individet (Åshild Slettebø, 2000). Hun hevder at for å oppnå det beste for pasienten må man ha både kunnskap om og kjennskap til pasienten. Hun diskuterer også ulike strategier en sykepleier anvender i en etisk vanskelig situasjon. I følge Slettebø er det fire hovedtyper av strategier som hyppigst anvendes; på personalnivå er strategien bevisstgjøring, på pasientnivå anvendes "*forhandling eller forklaring, og i enkelte mer sjeldne tilfeller velges tvang*" (s.176). Bevisstgjøring går ut på at etisk vanskelige problemstillinger blir diskutert og tatt opp til drøfting blant personalet.

"Forhandlinger innebærer en prosess hvor både sykepleier og pasient gir og får noe i forhold til sin opprinnelige vurdering av situasjonen." (s.124) Forklaring som strategi innebærer at sykepleieren "*forklarer pasient og / eller pårørende hvorfor det sykepleieren mener er det beste for pasienten, faktisk er det beste for pasienten (forstått fra sykepleierens ståsted)*" (s. 126). Bruk av forklaring er i følge Slettebø ikke helt uproblematisk, spesielt når forklaringsformen sykepleieren bruker er manipulasjon. Pleierene som bruker en slik strategi argumenter med at det er til pasientens beste.

5. Det krever mye mot fra offerets side å ta kontakt med hjelpeapparatet. Helsevesenet må derfor lette mulighetene for voldsofre til å nå hjelpeapparatet og ikke la de bli en kasteball for byråkratiet. Hydle, I. og Johns, S. (1992) som har arbeidet med et

prosjekt blant sykehuspasienter, foreslår å opprette en formidler som kjenner til ulike instanser, og som er plassert på en måte som gjør vedkommende lett tilgjengelig for publikum. Med begrunnelse i det såkalte "Manglerud-prosjektet" støtter Juklestad og Johns dette forslaget. "Vern for eldre" var et prosjekt som ble gjennomført i bydelen Manglerud i Oslo i perioden 1991-1993. Prosjektet var lokalisert på Manglerud eldresenter, og hadde som mål å gi råd og veiledning til eldre som utsettes for overgrep i hjemmet og formidle hjelp. Juklestad og Johns mener at dem som formidler slik hjelp må kjenne til systemet godt og må kunne samarbeide med de nødvendige instanser. Samarbeid med politiet er spesielt viktig. Politiet er for eksempel avhengig av en anmeldelse for å gripe inn i en familiekonflikt. De anser dette som et sosialt problem, " (...) *det vil si andres problem. I samme sak mener kanskje andre hjelpere (som sosialarbeidere) at det dreier seg om en politioppgave*" (s. 77). Juklestad og Johns mener at et samarbeid mellom sosialarbeidere og politiet ofte løser problemet. Dermed slipper ofret å bli stilt overfor valget mellom å måtte anmelde et nært familiemedlem eller lide videre.

6. Helsepersonell ser ofte at eldre blir utsatt for overgrep, men at de ikke vil ha hjelp eller at de er redd for represalier fra overgriperen. På grunn av manglende lovhjemmel, blir personalet tvunget til å ta et personlig standpunkt. Dessuten kommer de lett i en vitnerolle og utsetter dermed seg selv for trusler fra overgriperen (Hydle & Johns, 1992). Lov om psykisk helsevern gir helsepersonell adgang til tvangsinnleggelse ved psykiske problemer og det finnes en kontrollkommisjon som overvåker og sørger for kontroll på pasientens vegne. Ved somatiske tilfeller finnes

det ikke slike kontrollorganer. De lover som eksisterer er heller ikke tydelige (Malmedal 1999). Mangel på lovhjemmel gjør også politiets arbeid vanskeligere og forverrer dermed samarbeidet med helsepersonell (Hydle & Johns, 1992). I Stortingsmelding nr 28; Innhold og kvalitet i omsorgstenestene (1999-2000), etterlyses behovet for lovendringer på dette punktet.

7. Medienes betydning: Så lenge mediene skriver om eldre som utsettes for ulike typer av overgrep, er alles oppmerksomhet rettet mot saken (MacNamara, R. D.1992). Politikere og byråkrater synes dette er forferdelig og lover å gjøre noe for å bedre situasjonen. Så fort mediene slutter å skrive om overgrep går alle tilbake til sine gamle vaner og ingen endring finner sted. De eldre fortsetter å lide.
8. Opplysningsplikt: vi mangler i dag en slikt plikt når det gjelder eldre. (Juklestad & Johns, 1997).

4. Konklusjon

Mye har blitt gjort for å ivareta de eldres rettigheter. Vi har i dag en god del studier som kan hjelpe oss å yte bedre omsorg for våre eldre. Samtidig kan disse studiene hjelpe oss til å identifisere behovene for videre forskning. Situasjonen for enkelte eldre er langt fra bra, og for å bedre på den, er det behov for mer og grundigere oppmerksomhet omkring deres situasjon. Vi trenger mer forskning for å kartlegge omfanget av problemet og for å sette i verk flere tiltak for å forebygge overgrep. Som Pillemer påpeker, er det imidlertid ikke nok å studere de som utsettes for overgrep. Man trenger i tillegg en kontrollgruppe som ikke utsettes for overgrep. På denne måten kan vi finne ut mer om hvorfor noen er mer utsatte enn andre.

Vi trenger også lover og forskrifter som gjør det enklere å foreta etisk vanskelige valg. Omsorg handler om mye kjærlighet og respekt. Til det trenger vi ingen lover. I det daglige er det mye man kan gjøre, som kan styrke menneskeverdet og livskvaliteten til den enkelte beboer/pasient/klient, uten nedskrevne lover og forskrifter. Her går det an å bruke sunn fornuft. Vi må tørre å ta valg, stole på våre intuisjoner.

En ting som er viktig å ha i mente er at alderen til de eldre som kommer til aldershjemmer stadig øker. Når de eldre endelig kommer til et aldershjem er de mange ganger svært reduserte både fysisk og psykisk. Dette gjør det vanskeligere for de ansatte å ivareta de gamles rettigheter, fordi de gamle ikke alltid kan gi uttrykk for sin ønsker og behov.

Jeg støtter Leon Bords sine oppfordringer til flere eldre om å bli aktive i politikken. Det er forståelig at mange ønsker å trekke seg tilbake til en rolig alderdom. For at vi skal forstå de eldres problemer og behov bedre, må vi som arbeider med eldre

vite hvordan de vil ha det. Derfor trenger vi mer forskning. I tillegg må vi imidlertid bli flinkere til å bruke de kunnskapene vi allerede har til å bedre vilkårene til eldre i Norge i dag. Vi trenger også kunnskap om de mange eldre som faktisk har det bra og ikke utsettes for overgrep.

Selv om forholdene i norsk eldreomsorg er langt fra bra, er det viktig å understreke den fantastiske innsatsen som utøves i norsk eldreomsorg både på profesjonell og frivillig basis. Mange arbeider imidlertid under svært vanskelige forhold, noe som ytterligere vanskeliggjør de mange etiske valgene som må tas vis-à-vis den enkelte.

5. Litteraturliste:

Aschjem, Ø. (1991): Lang, lang rekke... Om eldre og familievold.

Bennett, G. & Kingston, P. (1993): Elder Abuse: concept, theories and interventions

Evensen, Å. R. (1984): "Mishandling av eldre", tidsskriftet for Den norske Lægeforening, 104, 180-182

Helse nytt for alle 1/2000

Homer, A. (1994): Prevalence and prevention of abuse, Old age abuse: a new perspective

Informasjons blad fra Norsk Pensjonistforbund(1999)

Jefferys, M. (1998): Aged People, Encyclopedia of applied ethics volume 1 1998

Juklestad, O. N og Johns, S. (1997): Vern for eldre : tiltak mot overgrep i hjemmet

Macnamara, R. D. (1992): Creating Abuse-free caregiving environment for children, the disabled, and the elderly

Malmedal, W. (1999): Sykehjemmets skyggesider : når beboere i sykehjem utsettes for krenkelser og overgrep

Norsk Pensjonistforbund (1999)

Pettersen, R-T. (1986): Overgrep eller forsømmelse?

Pillemer, K. A. & Wolf, R. S. (1986): Elder Abuse, conflict in the family

Slettebø, Å. (2000): Strebing mot pasientens beste. Doktoravhandling

Stortingsmelding nr.50 (1996-1997): Handlingsplan for eldreomsorgen

Stortingsmelding nr. 21 (1999-2000): Menneskeverd i sentrum. Handlingsplan for menneskerettigheter

Stortingsmelding nr. 26 (1999-2000): Om verdier for den norske helsetenesta

Stortingsmelding nr. 28 (1999-2000): Innhold og kvalitet i omsorgstenestene

Stortingsmelding nr. 34 (1999-2000): Handlingsplanen for eldreomsorgen etter 2 år

Konfererte litteratur:

Bergesen, A. (1997): Hun passer ikke her. Doping og demens.

Calkins, Evan, m.fl.(1999):New ways to care for older people : building systems based on evidence, New York : Springer Pub.

Koff, Theodore H. (1988): New approaches to health care for an aging population : developing a continuum of chronic care services, San Francisco : Jossey-Bass.

Hughes, Beverley (1995): Older people and community care : critical theory and practiceBuckingham : Open University Press.